

Висновки.

1. Слід визнати терміново необхідним розробку вітчизняного нормативного документу щодо водопостачання військових підрозділів ЗСУ у бойових умовах.

2. Для забезпечення епідемічної нешкідливості питної води необхідно терміново забезпечити населення у разі руйнації систем водопостачання ефективними таблетованими препаратами для знезараження води.

DOI <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-226-5-75>

MANAGEMENT OF IRON-DEFICIENCY STATES IN THE PRE-GRAVID STAGE AND DURING PREGNANCY

МЕНЕДЖМЕНТ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНИХ СТАНІВ НА ПРЕГРАВІДАРНОМУ ЕТАПІ ТА ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ

Prizhbylo O. M.

*Teacher of the Highest Qualification
Category, a Methodologist
Chernivtsi Medical College
Chernivtsi, Ukraine*

Прижбило О. М.

*викладач вищої кваліфікаційної
категорії, лікар-методист
Чернівецький медичний
фаховий коледж
м. Чернівці, Україна*

Актуальність теми. Залізодефіцитні стани на даний момент являють собою найбільш поширену та актуальну проблему у галузі акушерства та гінекології, при цьому кінцевим етапом патологічного стану становить залізодефіцитна анемія з проявами нестачі гемоглобіну та гемосидерозу. Важливим питанням залишається менеджмент залізодефіциту на етапі підготовки до майбутньої вагітності та під час розвитку плода вже на фоні анемії у вагітної.

Мета дослідження. На основі детального аналізу міжнародних стандартів ведення прегравідарної підготовки та вагітності на фоні залізодефіцитних станів узагальнити основні підходи до профілактики виникнення даних патологічних станів з метою усунення факторів ризику для плода.

Методи дослідження. Аналіз науково-медичної літератури, статистичних даних, клінічних протоколів ведення залізодефіциту при підготовці до вагітності та під час вагітності.

Результати дослідження. Згідно з детальним аналізом статистичних показників, у світі анемією страждає близько 1,6 млрд людей, що становить 24,8% від загальної кількості населення. При цьому, у 25-45% випадків анемія виявляється у дитячому віці, 42% – у вагітних жінок, 31% – у репродуктивному віці, 24% – у похилому віці та близько 13% – у чоловіків. Експерти зазначають, що у переважній більшості причиною анемічного синдрому виявляється нестача в організмі заліза внаслідок хронічної крововтрати, недостатнього його надходження з їжею, порушення всмоктування даного хімічного елемента у шлунково-кишковому тракті та підвищена потреба організму у залізі у дитячому, підлітковому віці, під час вагітності та у післяпологовому періоді.

Важливим та актуальним моментом залізодефіцитних станів під час вагітності являється ризик розвитку передчасних пологів, затримки внутрішньоутробного розвитку плода, патологія плаценти, порушення обміну заліза у новонародженої дитини. Для матері анемія загрожує виснаженням резервів заліза в організмі під час пологів, що підвищує потребу у проведенні переливання компонентів крові; серцево-судинним стресом, розвитком симптомів анемічного синдрому: загальної слабкості, зниження толерантності до фізичних та психологічних навантажень, головного болю, головокружіння у стоячому положенні. При цьому збільшується термін госпіталізації матері та порушується процес лактації. З огляду на дані статистики, актуальним являється подальше удосконалення менеджменту залізодефіцитних станів у репродуктивному віці, на прегравідарному етапі та під час вагітності.

Для повноцінної та активної профілактики дефіциту заліза після полого розрешення, необхідно пам'ятати, що максимально допустима крововтрата у пологах – 0,5% від маси тіла жінки, при цьому анемічні стани розвиваються у випадку крововтрати у пологах понад 1000 мл, що за статистикою становить 5% від загальної кількості породіль, при цьому найбільша частка спостерігається при кесарському розтині.

Зазначимо, що у світі накопичені достатні дані та досягнутий хороший досвід менеджменту залізодефіцитних станів як на прегравідарному етапі, так і під час вагітності, пологів та післяпологового періоду. Міжнародні організації FDA – Food & Drug Administration, ACOG – American College of Obstetrician and Gynecologists, USPSTF –

U.S. Preventive Services Task Force розробили сучасний спільний протокол ведення залізодефіцитних станів у різні вікові періоди, на етапі виношування вагітності, ведення жінок з постгеморагічною анемією на фоні значної кровотечі. Згідно з даним протоколом, повинні проводитися скринінгові обстеження кожної жінки на анемію з наступним призначенням замісної терапії препаратами заліза за потреби та в залежності від індивідуального клінічного випадку.

Необхідно зазначити також, що наукові дані свідчать про те, що у Європі немає єдиного уніфікованого клінічного протоколу ведення залізодефіцитної анемії, всі стандарти розроблені та впроваджені всередині певної країни. Наприклад, в Англії скринінг проводиться у момент взяття жінки на облік з приводу вагітності та в 28 тижнів, жінок групи ризику розвитку анемії обстежують на рівень феритину, за результатами чого призначається відповідна терапія. На території нашої країни на даний час ведеться розробка сучасного керівництва з менеджменту залізодефіциту, яким будуть керуватися не тільки акушер-гінекологи, перинатологи, центри прегравідарної підготовки, але і сімейні лікарі, педіатри, адже кожна дівчинка у майбутньому увійде у вагітність, тому важливо, щоб даний момент відбувся без потреби компенсації вмісту заліза в її організмі.

Згідно з сучасними уявленнями програма ведення жінок з приводу анемії повинна складатися з наступних елементів. На першому етапі проводиться діагностика наявності анемії, виявлення всіх можливих причин розвитку даного стану з подальшим відповідним та повноцінним лікуванням з паралельним збалансуванням та раціоналізацією харчування. При виявленні нестачі заліза необхідно розглянути можливу наявність різноманітних синантропних станів з їх наступною корекцією. Якщо жінка планує вагітність, то обов'язково проводиться ретельний підбір методу контрацепції для того, щоб реалізувати план лікування. Також важливим етапом являється ретельний прекоцепційний аналіз та формування диспансерних груп підвищеного ризику розвитку різних ускладнень гестаційного періоду, пологів, з наступним чітким обґрунтуванням тактики ведення та методики розродження.

У випадку, якщо під час другого візиту вагітної до жіночої консультації рівень гемоглобіну становить менше 110 г/л, то обговорюється зміни до харчування жінки (включення в раціон м'яса, зелені, бобових, фруктів, особливо цитрусових). У випадку неефективності зміни тільки принципів харчування, призначаються комплексні препарати заліза з вмістом сульфату заліза та вітаміну С,

що доводить свою клінічну ефективність у різноманітних дослідженнях та клінічних випадках.

Висновок. На основі проведеного дослідження можна зробити висновок, що залізодефіцитні стани з розвитком анемії спостерігаються на ранніх етапах вагітності, що призводить до виникнення різноманітних ускладнень як з боку матері, так і з боку плода; плацентарна дисфункція при залізодефіциті спостерігається у кожній другій вагітній жінки, тому проведення прегравідарної підготовки на етапі планування вагітності з приводу виявлення нестачі заліза з наступною її корекцією покращує перебіг вагітності, розвиток плода, етап пологів та післяпологовий період, що у кінцевому результаті знижує ризику для матері та дитини.

Література:

1. Вдовиченко, Ю. П., & Гопчук, О. М. (2017). Залізодефіцитні стани в акушерстві і гінекології. *Здоровье женщины*, (6), 53-56.
2. Жук, С. І., Пехньо, Т. В., & Бикова, О. Г. (2014). Залізодефіцитна анемія вагітних. *Здоровье женщины*, (8), 40-42.
3. Запорожан, В. М., & Анчева, І. А. (2015). Фармакокорекція ендотеліальної дисфункції, що виникла на тлі залізодефіцитної анемії, як засіб профілактики ускладнень вагітності та пологів. *Здоровье женщины*, (2), 71-74.